Aus der Frauenklinik der Städtischen Krankenanstalten zu Dortmund
Direktor: Professor Dr. Heim

Beitrag zur Frage der Frühdiagnose des weiblichen Genitalcarcinoms

an Hand des Materials der Dortmunder Frauenklinik

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung des Medizinischen Doktorgrades an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

vorgelegt von

Rudolf Hermann

aus Dortmund

Tag der Promotion: 5. August 1940

VERLAG RUDOLPH PFAU, BERLIN NW 7, LUISENSTR. 21

M 183

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Professor Dr. Kreuz
Referent: Professor Dr. Stickel
Korreferent: Professor Dr. Stoeckel
i. V. Professor Dr. Kraatz

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Drei schwere Krankheiten gelten in Deutschland heute als Volksseuchen: die Lungentuberkulose, die Geschlechtskrankheiten und der Krebs. Viel wurde von seiten der Aerzte und der Regierung getan, um die Lues einzudämmen und noch mehr, um der Tuberkulose Einhalt zu gebieten. Nur das Problem der Krebsheilfürsorge wurde bisher noch nicht eingehend in Angriff genommen. Aber ist es nicht fast wichtiger als z. B. das der Tuberkulose? Durch planmäßige Behandlung fallen die Ziffern der Sterblichkeit der Tuberkulose Jahr für Jahr, während die Todesfälle beim Krebs jährlich anscheinend steigen.

In Deutschland sterben mehr Menschen

an Krebs	als an	Lungentuberkulose
29 260	Männer	25 000
36 995	Frauen	26 570
66 225		51 570

in einem Jahr.

Diese Statistik muß uns doch ernst stimmen, zumal wir wissen, daß der Krebs heilbar ist, besonders der weibliche Genitalkrebs. Jährlich werden im Altreich über 23 000 Mütter allein durch den Gebärmutterkrebs ihrer Familie entrissen. Gerade die kinderreichen Mütter im 40. — 50. Lebensjahr, die für ihre Familie mit den halbwüchsigen Kindern unersetzlich sind, werden besonders betroffen. „Dies ist der Grund, weshalb der weibliche Genitalkrebs nicht nur ein Individualleiden ist, das den einzelnen trifft, wie manche andere Krankheit auch, sondern daß diese Erkrankung die Familie zerstört und am Mark des Staates frißt“ (Schröder). Aber der Krebs ist ja heilbar, und viel Unheil läßt sich verhindern, wenn die Patienten rechtzeitig in ärztliche Behandlung kommen.

Es kommt also darauf an, zu erreichen, daß die Kranken schon bei den ersten verdächtigen Erscheinungen den Arzt aufsuchen. Daher ist es wichtig, daß alle Frauen und alle in der Heilfürsorge stehenden Personen (Hebammen, Gemeindeschwestern, Fürsorgerinnen) die Krebssymptome kennen und im Verdachtsfalle sofort eine ärztliche Untersuchung einleiten. Gerade weiblichem Pflegepersonal vertrauen sich Frauen oft eher an als einem Arzt.

Darüber hinaus soll sogar eine jährliche Untersuchung aller gesunden Frauen im krebsgefährdeten Alter propagiert werden, wie ja auch in weiten Kreisen schon ein periodisches „Nachsehen" der Zähne üblich ist. (Dies verlangten 1914 schon die amerikanischen Aerzte Carstens und Bonifield.) Andererseits muß auch die Krebsangst bekämpft werden und vor allem die Scheu vor dem Arzt und dem Messer. Die Heilerfolge sind leider zu wenig bekannt, da ärztlicherseits den Patienten, um ihn nicht zu beunruhigen, nur in seltenen Fällen die wahre Diagnose gesagt wird.

Das weibliche Genitalkarzinom teilen wir nach seiner Lokalisation folgendermaßen ein:

1. Uterus-Carcinom
   a) Corpus-Carcinom
   b) Collum-Carcinom
      α) Cervix-Carcinom
      β) Portio-Carcinom
2. Ovarial-Carcinom
3. Carcinom der Tube
4. Carcinom der Vagina
5. Carcinom der Vulva.

Das Corpus-Carcinom tritt meist bei Frauen um die Mitte der fünfziger Jahre auf. Bei ihm haben wir keine eigentlichen Frühsymptome. Der Uterus behält lange Zeit seine Form oder zeigt zunächst die typische senile Atrophie mit starker Schrumpfung der Corpus-Muskulatur. Bei längerem Bestehen greift es auf die Nachbarorgane: Tuben, Ovarien, selten auf Blase und Rectum über. Fängt aber der Karzinomknoten an zu zerfallen — er geht also in das zweite Stadium über —, so treten Blutungen und Ausfluß auf, die bei jeder Uteruserkrankung auftreten können, aber gleich einen Carcinomverdacht erwecken müssen.

Die Blutungen entstehen durch leichte Verwundbarkeit des carcinomatösen Gewebes. Leiseste Berührung, selbst Obstipation können sie hervorrufen, wenn harte Kotballen das Rectum passieren. Andererseits arrodiert das weiterfressende Carcinom die Gefäße und ruft dadurch in unregelmäßigen Abständen eintretende Blutungen von wechselnder Stärke hervor. Sie können auch akut einsetzen und schnell versiegen, aber auch allmählich sich verstärken und über Wochen andauern (Metrorrhagien). Die Patienten berichten nicht selten von verstärkten Menses und Zwischenblutungen, außerdem

über den Abgang von Blutklumpen. Andere freuen sich über die „wiederkehrenden Menses mit erneuter Fertilität". Dies ist natürlich nicht immer ein Beweis für Krebs, es kann sich ja auch um Schleimhauthyperplasien verschiedener Ursache, Tubeneckenpolypen, Adenome oder Colpitis senilis adhaesiva handeln, doch darf der Arzt nicht eher ruhen, bis er durch eine Probeausschabung und mikroskopische Untersuchung ein Carcinom ausgeschlossen hat.

Zu beachten ist auch der Fluor, der allerdings bei keiner uterinen und vaginalen Erkrankung fehlt und deshalb oft nicht beachtet wird. Typisch für ein zerfallendes Carcinom ist der wässerige, mit geringen Blutbeimengungen versehene „fleischwasserähnliche" Ausfluß, und bei älteren Fällen die „Carcinomjauche": ein grauer, aashaft stinkender Ausfluß, oft mit Gewebsbröckeln, dem bei Fistelbildung auch Kot und Harn beigemengt sein kann. Der Fluor kann einen Pruritus vulvae hervorrufen, der dann einen lebhaften Juckreiz verursacht.

Schmerzen fehlen als Initialsymptom fast immer. Schmerz beweist, daß der Uterus von Carcinom schon überschritten ist und dieses sich aufs Beckenbindegewebe, Peritoneum, die Lymphknoten, die Psoasscheide oder den Plexus ischiadicus ausgebreitet hat. Häufig stellt sich eine Verstopfung ein. Diese kann bedingt sein: erstens durch Mangel an körperlicher Bewegung, zweitens mechanisch durch Stenosenbildung, drittens psychisch dadurch, daß der Stuhl aus Furcht vor dabei auftretenden Schmerzen und Blutungen zurückgehalten wird. Wenn das Carcinom auf das Rectum drückt, entsteht das recht unangenehme Gefühl des dauernden Stuhldranges. Aehnlich ist es, wenn das Carcinom sich der Blasenschleimhaut nähert und ein dauernder Harndrang entsteht. Die mangelhafte Stuhlentleerung und die zunehmende Intoxikation führen zur Anorexie, Uebelkeit und Erbrechen und schließlich zur Kachexia carcinomatosa. Der Tod tritt aus verschiedenen Ursachen ein. Die meisten Patienten sterben an Erkrankungen der Harnwege (nach Färber 85 v. H.). Durch Kompression der Ureteren entstehen Dilatationen bis zu Dünndarmschlingenweite, der Pyelonephritiden und Hydronephrosen folgen. Meist sterben diese Patienten im urämischen Koma. Viel qualvoller sind die Carcinom-Erkrankungen mit Fistelbildungen. Der aus dem Urin sich abscheidende Steinschutt setzt sich auf dem Carcinom fest und zerfrißt die Genital- und Analgegend. Einem nur schwer zu verhindernden Dekubitus oder einer vom verjauchten Carcinom selbst ausgehenden Sepsis erliegen die Patienten meist schnell. Auch durch

Peritonitiden und allgemeine Cachexia carcinomatosa kommen viele Patienten zu Tode.

Die genaue Dauer des Leidens ist sehr verschieden. Man kann sie auch selten genau bestimmen, da man den genauen Anfang meist nicht kennt. Besonders bei jungen Frauen kann das Wachstum einer malignen Geschwulst sehr rapide sein, während es bei alten Frauen oft nur langsam schleichend fortschreitet.

Vom Portio-Carcinom nimmt man an, daß es im Anfangsstadium eine primäre Erkrankung des Plattenepithels ist. Es ist daher vom Corpus-Carcinom biologisch, diagnostisch, prognostisch und therapeutisch scharf zu trennen. Wir können seine bösartige Veränderung an dem Patienten schon erkennen, wenn das zerstörende Tiefenwachstum des carcinomatösen Epithels eben erst oder überhaupt noch nicht begonnen hat, also noch keine Gefäße eröffnet sind, die bluten können. Dieses Epithel ist zellreicher, dichter und dicker als normal. Es besteht aus meist kleinen, manchmal aber auch abnorm großen, unregelmäßig geformten, mit großen, in Form und Größe stark wechselnden Kernen versehenen Zellen; in wirrer Anordnung, ohne jede Ordnung. Beschrieben wurde dies als carcinomatöser Belag schon von Schottländer und Kernmauner und in seiner Bösartigkeit erkannt. Man bezeichnet dieses Krankheitsbild im Gegensatz zu schon in die Tiefe gewucherten Fällen als „präcancerös", ein allerdings stark umstrittener Begriff.

Makroskopisch zeigen sie sich als weißliche, meist etwas erhabene Flecken auf der Portio, die als „Leukoplakien" (Hinselmann) auch an anderen Körperstellen sich zeigen (Vagina, Vulva, Penis und Mundhöhle). Die Leukoplakien können lange gutartig bleiben, doch behauptet Hinselmann, daß sie alle einmal — allerdings oft erst im Verlauf von Jahren — in Carcinome übergehen können, und daß wir sie also als das Initialstadium des Portio-Carcinoms ansprechen müssen. Erwiesen ist dies noch nicht. Hier fehlen noch endgültige Beweise. Da jedoch die gutartige und schon bösartige Leukoplakie noch nicht genau diagnostisch getrennt werden kann, hält es Hinselmann für die sicherste Therapie, wenn man die verdächtigen Portien sogleich durch eine Keilexzision nach der Schröder-Emmetschen Operation angeht.

Zur besseren Erkennung der Veränderungen bei Leupoplakien hat Hinselmann das Kolposkop konstruiert, ein Binokular, das bei guter Beleuchtung eine Vergrößerung um das 3-, 10- und 40fache zuläßt. Es ist in der Hand des geübten Facharztes eine ganz ausge-

zeichnete Hilfe bei der Diagnosestellung. Jedoch wird das Kolposkop kaum im Sprechzimmer des Praktikers viel Erfolg versprechen.

Eine weitere präcanceröse Erscheinung kann die Erosio sein. Eine aus dem Muttermund gleichsam hervorquellende scharfbegrenzte Rotverfärbung, die als Flecken oder auch als Ring an der Portio erscheint. Aus der Leukoplakie oder auch der Erosio können sich zwei Formen des Carcinoms entwickeln.

Der Exophyt, der sich warzenförmig zum Blumenkohltumor auswächst; ein zerklüfteter kastanien- bis sogar gänseeigroßer, gestielter Tumor, der bei Berührung leicht blutet.

Andererseits kann das carcinomatöse Gewebe endophytisch wachsen und dann ulcerös zerfallen. Die Portio erscheint als tiefer Krater mit derbem, infiltriertem Rand und grau-blöckeligem, schmierigem Grund. Dabei sehen wir wie beim Corpus-Carcinom fleischwasserähnlichen Ausfluß, Blutungen ebenfalls besonders nach Berührung und auch jauchige Abgänge. Blutungen beim Portio-Carcinom treten besonders häufig nach Kohabitationen, Spülungen, Harnlassen, bei hartem Stuhl und schwerer Arbeit auf; besonders stark natürlich auch bei der manuellen Untersuchung der Portio durch den Arzt.

Je nach Alter des Tumors ist die Infiltration fortgeschritten. Ein- oder beidseitig verdicken die Adnexe, vor allem das interstitielle Bindegewebe wird derb infiltriert, und später entstehen Metastasen und Beschwerden in Drüsen und Nachbarorganen, wie ich sie oben beim Corpus-Carcinom beschrieben habe, und wie sie bei allen verschleppten weiblichen Genital-Carcinomen zu finden sind. Besonders die Metastasen in den Nervenscheiden des Ischiadicus komprimieren diesen und rufen unerträgliche Schmerzen hervor. Oft führen diese Beschwerden, die für Ischias gehalten werden, die Patientinnen erstmalig zum Arzt.

Beim Collum-Carcinom sehen wir die Portio völlig erhalten. Erst im späteren Stadium erscheint im Muttermund eine himbeerartige kleine Geschwulst und die Cervix ist tonnenförmig (Cervixhöhlen-Carcinom) aufgetrieben. Oft bricht dann der tastende Finger durch die noch erhaltene Epithelschicht der Portio in eine große Zerfallshöhle. Wegen dieser Späterkennung ist die Prognose für das Cervix-Carcinom sehr ungünstig (v. Franqué und Katz fanden eine primäre Mortalität von 17,2 v. H. und eine relative Heilung von 13,9 v. H.) Die Therapie ist die gleiche wie beim Portio-Carcinom.

Das Carcinom der Vagina ist meist ein übergreifender Tumor der Portio oder des Rectums. Primär als Vaginal-Carcinom ist es sehr selten (1,5 — 2,5 v. H. aller Genitalcarcinome). Es kann in jedem Lebensalter vorkommen, sogar bei Kindern. Als „Blumenkohl" oder Ulcus entwickelt es sich aus der Leukoplakie und sitzt meist im hinteren oberen Abschnitt der Scheidenwand. Es greift später auf das Rectum oder die Blase über. Die Symptome sind die gleichen wie beim Portio-Carcinom: kein Schmerz, Ausfluß und Blutungen bei Berührung (Coitus), schwerer Arbeit, hartem Stuhl. Gelegentlich entwickelt es sich aus einem Decubitus nach Tragen eines Pessars oder im Gebiete von Operationsnarben. Die Prognose ist recht ungünstig, da das Carcinom sehr schnell auf das umliegende Gewebe übergreift, besonders das Rectum. Als Therapie kommt daher nur eine Radikaloperation in Frage, sei es abdominal (Wertheim), sei es vaginal (Schauta) mit Entfernung der Parametrien, des Parakolpium und gegebenenfalls des Uterus mit den Adnexen.

Das Vulva-Carcinom entwickelt sich in vielen Fällen aus der präcancerösen Leukoplakie und tritt in Erscheinung als Ulcus oder als knolliger Tumor. Häufig an der einen Seite der Labia maiora mit weit ausgedehnter, derber Infiltration. Die Patienten sind meist schon in höherem Alter, jedoch kommen auch Fälle bei jugendlichen Patienten vor. Häufig entwickelt sich das Carcinom auch auf dem Boden einer chronischen Vulvitis oder einer Craurosis, einer eigentümlichen Alterserscheinung der Vulva, die mit starker Schrumpfung und Atrophie aller Schichten einhergeht. In 50 v. H. der Fälle werden sehr bald die Inguinaldrüsen befallen, und auf dem Wege durch den Leistenkanal die Lymphoglandulae iliacae und obturatoriae. Wenn Blase und Mastdarm noch nicht befallen sind, kommt daher nur eine Radikaloperation in Frage, die die gesamte Vulva und diese Drüsen mit entfernt (Operation nach Rupprecht, Kehrer, Stoeckel).

Als Frühsymptom tritt meist ein starker Juckreiz der Vulva auf. Besonders zu beachten sind Leukoplakien, die als präcanceröses Gewebe sich gelegentlich im Bereich der Labien finden.

Die geringste Neigung zur Neubildung am weiblichen Genitale zeigt die Tube. Ein Tuben-Carcinom ist eine Seltenheit. Es zeigt meist einen papillären oder alveolären Typ. Nur bei Patienten im Klimakterium oder Präklimakterium ist es anzutreffen. Die Diagnose ist nicht leicht zu stellen. Die Symptome entsprechen denen eines entzündlichen Adnextumors: blutiger Ausfluß aus dem Uterus und einseitiger Tumor als Tastbefund, der wehenartige Schmerzen

auslöst und schnell wächst, lassen das Carcinom erst im zweiten Stadium (dem Zerfallsstadium) erkennen. In den meisten Fällen wird die Diagnose erst bei der Laparatomie gestellt. Als Therapie gilt auch hier nur eine radikale Operation mit Entfernung des Uterus und der Adnexe und einer gründlichen Nachbestrahlung.

Nur sehr selten gelingt es, ein Carcinom der Ovarien im Frühstadium zu diagnostizieren. Es ist auf alle Lebensalter verteilt. Frühsymptome gibt es nicht. Die Symptome entsprechen denen der gutartigen Ovarialtumoren. Und wenn schon gelegentlich einer Austastung ein Tumor festgestellt wird, so braucht er noch längst nicht maligne zu sein. Erst rapides Wachstum, Ascites, Verwachsungen im Douglas oder Metastasen im Uterus, Netz, Rectum oder den Harnwegen lassen das Carcinom vermuten. Einen sicheren Beweis kann aber erst die Laparatomie und mikroskopische Untersuchungen bringen. Daher muß jeder Ovarialtumor baldmöglichst exstirpiert werden.

Diagnose und Untersuchungsmethoden.

Einer der wichtigsten Punkte zur Diagnosestellung ist die Anamnese. Sie gibt uns die ersten verdächtigen Hinweise, und kein Arzt soll sie, wenn das Wartezimmer auch noch so voll ist, vernachlässigen. Sehr verdächtig sind die Zwischenblutungen und Blutungen nach Cohabitationen, besonders Blutungen nach der Menopause, über die sich manche Patienten freuen, weil sie in ihnen eine wieder erwachende Weiblichkeit zu sehen glauben. Wichtig sind Angaben über Ausfluß, der fleischwasserähnlich oder jauchig ist. Jucken der Vulva und Beschwerden beim Wasserlassen geben auch häufig Hinweise. Der Schmerz spielt bei frühen Fällen fast gar keine Rolle.

Als zweites muß in jedem carcinomverdächtig erscheinenden Falle eine Palpation und Inspektion durchgesetzt werden. Dieser Punkt ist sehr wichtig und wird doch so oft vernachlässigt. Wie viele carcinomkranke Frauen werden ohne jede vaginale Untersuchung mit einem blutstillenden Rezept abgespeist und kommen erst oft nach Monaten mit total verschlepptem Carcinom zur klinischen Behandlung. Sollte eine Frau eine Untersuchung verweigern aus Schamgefühl, bestehender Periode oder Schwangerschaft, ist dies noch längst kein Grund, mit einer allgemeinen blutstillenden Therapie zu beginnen. Man muß auf die Frauen einwirken, sie nach ein paar Tagen wiederbestellen und auch trotz bestehender Gravidität den Beschwerden auf den Grund gehen. Bei der Inspektion achte man

besonders auf Veränderungen der Portio. Ist sie kolbig aufgetrieben als vorspringender Exophyt oder von großer, grau-bröckeliger Ulceration mit dem für Carcinom besonders charakteristischen Infiltrationswall, der bindegewebig hart seine Peripherie umrandet, ist die Diagnose nicht so schwer. Bei kleinen Defekten spielen differentialdiagnostisch die Ovula Nabotii eine Rolle. Im Zweifelsfall bringt eine Stichelung Klärung: entleert sich blutiges Sekret, muß man ein Carcinom vermuten; bei glasigem Schleim handelt es sich jedoch um Ovula Nabotii.

Bei Erosionen oder oberflächlichen Ulcerationen hat man an folgende Defekte zu denken:

Erosio simplex
Erosio vera
Ulcus durum
Ulcus molle
Ulcus tuberculosum.

Am leichtesten bringt eine gute alte Regel Klarheit. „Läßt sich ein Sondenknopf in eine Erosio eindrücken, ist es ein Carcinom, gleitet er ab, ist es kein Carcinom". Von Mikulicz-Radecki fand, daß 1 v. H. aller Erosionen carcinomatös sind.

Die sicherste Diagnose bringt in jedem Falle aber nur die Probeexcision und mikroskopische Untersuchung. Als Keilexcision läßt sie sich von jedem Facharzt leicht ausführen, während sie bei einem Praktiker doch allerlei Schwierigkeiten machen kann und daher davon abgeraten werden muß. Da anschließend leicht Komplikationen, wahrscheinlich auch eine Wachstumsaktivierung erfolgen können, führe man sie nur aus, wenn die Diagnose durch Inspektion und Palpation nicht gestellt werden kann. Am besten jedoch wird sie unmittelbar vor der Radikaloperation in der Klinik ausgeführt. Besonders zu empfehlen ist dazu der elektrische Hochfrequenzbrenner, der einer Infektions- und Metastasierungsgefahr in wirksamster Weise entgegentritt. Beim Verdacht auf ein Uterus-Carcinom muß unbedingt eine Abrasio gemacht werden, die gründlich die gesamte Schleimhaut auch in den Tubenwinkeln und der Cervix mitnimmt. Die abgeschabten Gewebsbröckel schicke man alle gut fixiert in ein Institut. Häufig kann wegen Materialmangels eine genaue mikroskopische Diagnose nicht gestellt werden.

Zur sicheren Diagnose einer malignen Leukoplakie steht uns das oben beschriebene Kolposkop zur Verfügung.

Gute Erfolge bei der Diagnose hat auch Schiller. Er pinselt die Portio mit Lugollösung; während sich das gesunde Plattenepithel auf Grund seines Glykogengehaltes braun färbt, nimmt krebsiges Gewebe keine Farbe an.

Viel ist versucht worden, auf dem Wege der Serologie und Haematologie (Pfeiffer) und Stoffwechseluntersuchungen ein Carcinom zu erkennen. Aber nennenswerte Erfolge sind bisher noch nicht zu verzeichnen.

Als Therapie, wie bei allen carcinomatösen Gewächsen, steht uns die Bestrahlung mit Röntgenstrahlen und Radium und die Radikaloperation zur Verfügung. Es sind auf beiden Gebieten bei frühzeitiger Behandlung gleichgute Erfolge zu verzeichnen. Besonders häufig wird eine kombinierte Therapie gewählt. Nach einer Vorbestrahlung mit Radium, die das carcinomatöse Gewebe einschmelzen läßt und die gefährliche Keimbesiedlung und Jauchung beseitigt, schließt sich eine Radikaloperation an, die möglichst alle metastasierten Drüsen und infiltriertes Gewebe mitnimmt. Noch verbliebene Restkeime beseitigt eine Röntgennachbestrahlung. Mit dieser 3—5 Wochen dauernden Intensivbehandlung ist die Therapie aber noch nicht abgeschlossen. 5 Jahre soll die Beobachtung dauern, und erst dann, wenn sich bis dahin keine Rezidive gezeigt haben, kann man von einer Heilung sprechen.

Die Frau wird für 1 oder mehrere Jahre invalidisiert, erhält einen Erholungsurlaub und bedarf einer besonderen, guten körperlichen Pflege und Verpflegung. Alle 3—4 Monate wird sie zur Nachuntersuchung bestellt und so in der Poliklinik überwacht.

Die derzeitigen Operations- und Bestrahlungsmethoden der Krebserkrankungen sind ausgezeichnet und werden kaum noch verbessert werden können. Ausschlaggebend für die Krebsbekämpfung ist aber jetzt die Früherkennung der Krankheit. Es darf nicht sein, daß so viele Fälle (Kermauner: 31 v. H.; Schröder: 45 v. H.) in inoperablem Zustand und (5 v. H. Schröder) in inkurablem Zustand in die Klinik kommen. Dort allein kann eine Behandlung durchgeführt werden.

Die Frauenklinik der Dortmunder Krankenanstalten hatte in einem Jahr — vom 1. 11. 38 bis zum 1. 11. 39 — 70 Fälle von weiblichem Genitalcarcinom, die zum ersten Male in klinische Behandlung kamen. An einem Teil dieser Krankengeschichten (31 Fälle) will ich nun die Gründe für die Verschleppung und deren Abhilfe beschreiben.

1. Das falsche Verhalten der Frauen selbst. Ihnen sind die Krebssymptome nicht bekannt, oder sie sind in ihrer Reinlichkeit nachlässig und stehen den Symptomen zu indolent gegenüber. Andere haben Angst vor der wahren Diagnose. Bei vielen Patienten trifft man auch eine Scheu vor dem Arzt überhaupt und eine Abneigung, sich vaginal untersuchen zu lassen. Wie nötig sind da noch aufklärende Schriften und Vorträge, die über Erscheinungsformen, Behandlung und Heilbarkeit des Krebses belehren.

In Frankreich geht man entschieden energischer vor. Die „Ligue Française contr le cancer" veranstaltet die „Nationale Woche zur Bekämpfung des Krebses, in der unter Inanspruchnahme aller Propagandamittel die Bevölkerung durch Vorträge, Vorführungen, Rundfunk, Film, Flugblätter, Plakate und bunte Postkarten belehrt wird. Sogar auf Löschblattunterlagen in Post und Banken mahnen die Aufdrucke „Bringt ihn um, ehe er dich umbringt; hab acht auf die ersten Anzeichen! Sei auf der Hut".

Aehnlich müßte auch in Deutschland die Aufklärung aufgebaut werden.

Wie man aus nachfolgenden Anamnesen, die für das weibliche Genitalcarcinom fast typisch sind, sieht, treiben erst Schmerzen oder starke Blutungen die Patienten zur Behandlung. Das Reinlichkeitsbedürfnis ist oft so gering, daß leichte Blutungen, sogar stinkender Ausfluß dem Patienten gar nichts ausmachen.

Fall 1:

Die 56jährige S. E. (Krankenblatt Nr. 1399/38) hat vor 5 Monaten zum ersten Male einige Tage geblutet. Danach bemerkte sie noch längere Zeit bräunlichen Ausfluß. Am 29. Oktober verlor sie abermals etwas Blut. Da sonst keine Beschwerden auftraten, achtete sie auch jetzt nicht weiter darauf. Am 6. 12. trat die Blutung erneut auf. Da sie diesmal stärker war und noch andauert, ging die Pat. erstmals zum Arzt, der sie gleich einwies. Schmerzen und Gewichtsabnahme hat sie nicht bemerkt.

Befund: Ca. colli.

Blutendes Genitale, statt der Portio ein kastaniengroßer Tumor mit höckriger Oberfläche, der bei Berührung leicht blutet.

Lig. sacr. ut. strangartig verdickt, Parametr. breit infiltriert.

Therapie: Radium-, Röntgen-Bestrahlung.

Fall 2.

Die 70jährige Pat. M. L. (Kb. Nr. 1032/39) blutet seit einigen Wochen und hat dies zunächst nicht beachtet. Als die Blutung stärker wird, geht sie am 17. 4. 39 zum Arzt, der sie gleich zur Aufnahme schickt. Starke Gewichtsabnahme.

Befund: Ca. colli.

Vagina geht nach oben zu in einen Krater über mit derbem Rand und schmierig-bröckligem Grund. Nach der Untersuchung stärker blutend.

Mikrobefund: Nicht verhornendes Plattenepithel-Carcinom.

Therapie: Radiumbestrahlung.

Fall 3.

Die 42jährige Pat. B. S. (Kb. Nr. 1065/39) hat seit Nov. 38 Zwischenblutungen. Anfangs weniger, seit Febr. 39 stärker werdend. Außerdem gelblichen Ausfluß, der seit März 39 übelriechend war. Sie hatte in den letzten Monaten häufig Schwindelgefühl und Brechreiz, was sie auf klimakterische Beschwerden zurückführte. Im März etwa 6 kg Gewichtsabnahme. Am 4. 5. 39 zum Arzt wegen der starken Blutungen; der weist gleich ein.

Befund: Ca. colli.

An der vorderen Muttermundslippe ein Blumenkohltumor, Lig. links verkürzt.

Mikrobefund: nicht verhornender Plattenepithelkrebs.

Therapie: Radium-Vorbestrahlung, Radikaloperation nach Wertheim, Röntgen-Nachbestrahlung.

Fall 4.

Bei der 60 Jahre alten Frau K. M. (Kb. Nr. 1397/38) trat seit Jan. 38 bräunlich-schmieriger Ausfluß auf. Im Aug. hat sie nach schwerer Arbeit wenig geblutet. Am 9. Oktober auch bei Stuhlgang starke Blutungen. Sie geht zum Arzt, der die Pat. gleich einweist. Stuhlgang obstipat.

Befund: Ca. colli.

Genitale durch Fettwülste völlig verdeckt. Haut bis zum halben Unterschenkel entzündlich gerötet. Grünlich-schmieriger, stinkender Ausfluß. Schleimhaut der Scheide gerötet. Statt der Portio ein zerklüfteter, bei Berührung leicht blutender Tumor (4×5 cm), Adnexe bei der bestenden Adipositas nicht abzugrenzen.

Mikrobefund: nicht verhornender Plattenepithelkrebs.

Therapie: Verschorfung, Radium- und Röntgenbestrahlung.

Fall 5.

Die 55jährige Pat. H. M. (Kb. Nr. 1483/39) hat seit 5—6 Monaten bei besonderen Anstrengungen vorübergehend (½ Tag) geblutet. Auch zeigen sich Kohabitationsblutungen. Jetzt blutet sie seit 8 Tagen stark. Es sind auch Blutkoagula abgegangen. Deswegen geht sie jetzt zum Arzt, der sie zum Spezialisten schickt, durch den sie hier am 26. I. eingewiesen wird.

Befund: Ca. colli.

Portio aufgetrieben, circulär um den Muttermund ein markstückgroßer Gewebsdefekt.

Mikrobefund: nicht verhornender Plattenepithelkrebs.

Therapie: Radium- und Röntgenbestrahlung nach Verschorfung.

Fall 6.

Seit 1½ Jahren hat die 65jährige Pat. J. H. (Kb. Nr. 1256/38) Kohabitationsblutungen. Kein Ausfluß, keine Gewichtsabnahme, geringe Schmerzen im Unterleib. Seit 14 Tagen hat sie nach einem Sitzbad Dauerblutungen. Am 15. 9. geht sie zum Arzt, der sie zur Behandlung in die Klinik überweist.

Befund: Ca. colli.

Scheide im oberen Drittel infiltriert, Portio eingezogen. Es zeigt sich ein Krater von 2 × 2 cm. Parametrium links verkürzt und infiltriert, Lig. sacr. ut. beiders. verdickt.

Mikrobefund: nicht verhornender Plattenepithelkrebs.

Therapie: Radium- und Röntgenbestrahlung.

Fall 7.

Seit August 38 hat die 56jährige Pat. A. D. dauernd geringe Blutungen und viel gelblichen bis bräunlichen, stinkenden Ausfluß. Schmerzen hat sie nicht gespürt. Im Mai 39 wurden die Blutungen stärker, das Blut ging teilweise in Klumpen ab. Am 26. 6. 39 fühlt sie Schmerzen und geht erstmalig zum Arzt. Am 29. 6. wird sie eingewiesen

Befund: Ca. colli.

Das Scheidengewölbe ist völlig mit einem Tumor ausgefüllt. Die Parametrien sind bis zur Beckenwand infiltriert.

Therapie: Verschorfung, Radium-, Röntgenbestrahlung.

Fall 8.

Bei der 52jährigen Pat. H. N. (Kb. Nr. 1499/39) setzten vor 8 Wochen geringe Blutungen ein, die aber nicht beachtet wurden. Nach 4 Wochen standen die Blutungen für 8 Tage. Dafür hatte die Pat. schleimigen Ausfluß. Dann hat sie erneut geblutet. Sie verspürte geringe, ziehende Schmerzen in der rechten Seite und ging deswegen am 2. 2. 39 erstmalig zum Arzt, der sie gleich einweist.

Befund: Ca. colli.

Bräunlich-blutiger Fluor, Portio ist besonders an der vorderen Muttermundslippe plump verdickt, es zeigt sich eine blumenkohlartig beginnende Umwandlung in einen Tumor. Rechtes Parametr. straff.

Mikrobefund: nicht verhornender Plattenepithelkrebs.

Therapie: Bestrahlung.

Fall 9.

Die 42jährige Pat. H. H. (Kb. Nr. 1018/38) fühlte sich seit Weihnachten nicht wohl. Die letzte regelmäßige Blutung war im Dezember Seit Mitte Januar blutet sie dauernd. Sie benötigt täglich 4—5 „Tücher". Besonders stark sind die Blutungen nach Kohabitationen. Außerdem klagt sie über Schmerzen im linken Unterbauch. Deswegen geht sie am 5. 4. erstmalig zum Arzt, der sie gleich einweist.

Befund: Ca. colli.

Uterus etwas vergrößert, vordere Muttermundslippe ist in einen 4 × 3 cm großen Krater verwandelt mit wallartig aufgeworfenen Rändern. Bei Berührung leicht blutend. Parametr. u. Lig. frei.

Mikrobefund: nicht verhornender Plattenepithelkrebs.
Therapie: Bestrahlung.

Selbst nach ärztlichem Rat glauben manche Pat., ihr Leiden auf die leichte Schulter nehmen zu können:

Fall 10.

Bei der 69 Jahre alten Pat. J. B. (Kb. Nr. 1244/38) traten im Juni plötzlich für drei bis 4 Tage starke Blutungen auf. Der behandelnde Arzt riet nach der Untersuchung zur Krankenhausaufnahme. Da die Pat. keine Beschwerden hatte, befolgte sie den Rat erst, als am 29. 8. erneut starke Blutungen auftraten. Die Pat. hat an Gewicht verloren, die Probeexision, die am Hagener Johannis-Hospital gemacht wurde, zeigte ein nicht verhornendes Plattenepithel-Carcinom. Die Pat. wird zur Bestrahlung am 9. 9. hierher eingewiesen.

Befund: Ca. colli.

Statt der Portio ein flacher, kleinhöckeriger, links auf das hintere Scheidengewölbe übergehender, bei Berührung leicht blutender Tumor (2 × 3 cm) Parametr. beiderseits, bes. links, verdickt. Therapie: Radium- und Röntgenbestrahlung.

Fall 11.

Seit 4 Jahren befindet sich die 52jährige Pat. M. K. (Kb. 1265/38) in der Menopause. Ende April trat plötzlich für einige Tage eine Blutung auf; hellrotes Blut. Mitte Mai trat erneute Blutung ein, die seitdem blieb. Ende Juni verstärkte Blutung mit Abgang von Koagula. Sie ging zum Spezialisten, der tamponiert und einweist. Da jedoch der Ehemann krank ist, sucht sie das Krankenhaus erst nach erneuten starken Blutungen zwei Monate später auf.

Befund: Ca. colli.

Blutbeschmiertes Genitale, Scheidenschleimhaut wulstig infiltriert, statt der Portio weiche, leicht blutende Tumormassen; Uterus vergrößert. Parametr. beiders. breit infiltriert.

Therapie: Radium- und Röntgenbestrahlung.

Oft bringt ein Zufallsbefund die Pat. erst in Behandlung.

Fall 12.

Die 29jährige Pat. E. W. (Kb. Nr. 445/39) hatte etwa seit 1½ Jahren bei der Kohabitation Schmerzen und bemerkte leichte Blutungen. Bei einer Entbindung am 5. 1. 39 wird an der Muttermundslippe ein Tumor festgestellt.

Befund: Nach dem Partus zeigt sich an der vorderen Muttermundslippe eine ausgedehnte Infiltration, die sich teilweise in die Cervix einsenkt.

Mikrobefund: Plattenepithel-Carcinom des Collum.

Therapie: anschließend an Partus und Probeexision erweiterte vaginale Radikaloperation nach Schauta.

Fall 13.

Die 52jährige Pat. A. O. (Kb. Nr. 1607/39) hat keinerlei Unterleibsbeschwerden. Bei einem Besuch des Hausarztes sagt sie ihm

zufällig, daß sie seit einigen Monaten bei der Kohabitation gering blutet. Der Arzt bestellt sie den nächsten Tag zu sich und weist sie nach der Untersuchung gleich ein.

Befund: Ca. colli.

Mäßige Blutungen an der Portio, hintere Muttermundslippe kraterförmig verändert, linkes Parametr. etwas straff.

Mikrobefund: nicht verhornender Plattenepithelkrebs.

Therapie: Radium- und Röntgenbestrahlung.

Ein zweiter wichtiger Punkt ist die falsche Beratung durch Laien, Hebammen, Naturheilkundige. Nachfolgende Anamnesen aus der Dortmunder Frauenklinik beweisen, wie verheerende Folgen eine solche „Behandlung" haben kann.

Fall 14.

Im Dezember 38 ging die 59jährige Pat. E. U. zum Naturheilkundigen Sch. wegen Krampfaderbeschwerden und Nervosität. Sie bekam von ihm Blutreinigungstropfen. Ende Januar 39 beobachtete sie Schwellung der Inguinaldrüsen erst links, dann auch rechts. Nach Augendiagnose wurde ihr gesagt, daß der Unterleib gesund sei, für die Schwellung gab er Salbe zum Heilen. Seit Ostern wird die Pat. dauernd elender und schwächer. Sie bekommt hierfür „Sch.'s nervenstärkende Tropfen". Als sie ihm sagt, daß sie blute (Ostern etwa 6 Tage lang nur nach dem Wasserlassen) soll Sch. gelacht haben und erklärt haben, daß eine Blutader geplatzt sei. Die Blutungen hörten dann wieder auf, etwas weißlicher Ausfluß war vorhanden. Allmählich stellten sich Schmerzen ein und Entzündung der Schwellungen, die jetzt näßten. Angeblich konnte die Pat. sich nicht entschließen, zu einem fremden Arzt zu gehen. Seit etwa 6—7 Wochen ist die Pat. bettlägerig und kann nicht mehr laufen. Am 16. 6. geht sie schließlich wegen zunehmender Beschwerden zum Arzt, der sie sofort einweist.

Befund: Carcinom der Vulva.

In der Leistengegend (links) ist ein faustgroßer erweichter Tumor; von der rechten Vulva und Harnröhre ausgehende große, krebsige Ulcerationen.

Therapie: Radium- und Röntgenbestrahlung.

Fall 15.

Seit März 38 hat die 41jährige Pat. M. N. (Kb. Nr. 1242/38) unregelmäßige Blutungen, bei denen größere Koagula abgingen. Im April 38 wurde sie beim Stehen häufig ohnmächtig und ging zu einem Homöopathen, der sie mit Tropfen auf Nierenentzündung behandelte. Im April war die letzte Regelblutung, seitdem hat sie dauernd geringe Blutungen. Am 12. 9. war der Blutverlust besonders stark, und sie ging zum praktischen Arzt, der vaginal untersuchte und gleich einwieß.

Befund: Ca. colli.

Die ganze hintere Muttermundslippe ist ein kastaniengroßer, bröckliger Tumor. Parametr. beiderseits verdickt.

Therapie: Radium- und Röntgenbestrahlung.

Wenn auch Kurpfuschern und sonstigen Laien die Krebsbehandlung verboten ist, kommen solche Fälle noch häufig genug vor.

Ein dritter Grund ist oft ein Aufschieben der Behandlung wegen pekuniärer Schwierigkeiten. Auch hiervon ein Beispiel aus der Dortmunder Frauenklinik, obwohl bei der Pat. auch ein gut Teil Indolenz oder Angst hinzukommt. Ein schnelles Einspringen staatlicher Fürsorge macht aber auch diesen Grund hinfällig.

Fall 16.

Die 30jährige Frau B. ist Thalysia-Vertreterin und daher mit Frauenbeschwerden nicht unvertraut. Sie gibt auch an, Frauen ihrer Kundschaft mit Unterleibsbeschwerden immer gleich zum Spezialisten gewiesen zu haben. Umso unverständlicher ist ihr eigenes unvernünftiges Verhalten.

Seit Juli 38 hat sie Zwischenblutungen und ging zu einem Homöopathen, der sie jedoch gleich zum Spezialisten wies. Diesen suchte sie aber erst ein Jahr später auf (am 27. 7. 39). Als Grund hierfür gibt sie an: sie sei mit der Krankenversicherung im Rückstand gewesen, könne den durch langen Krankenhausaufenthalt bedingten Verdienstausfall nicht missen und sei drittens eine alleinstehende Frau und könne ihre zwei Kinder nicht allein lassen. Diese seien jetzt in die Ferien gefahren, daher könne sie sich jetzt unbesorgt behandeln lassen, da sie auch die ausstehenden Beträge der Versicherung nachgezahlt habe. Der Spezialist weist gleich ein.

Befund: Ca. colli.

An der Portio zeigt sich ein ulcerierter Tumor, der bei Berührung leicht blutet. Param. bds. inflt.

Mikrobefund: nicht verhornendes Plattenepithel-Ca.

Therapie: Radiumbestrahlung.

Auf eine andere Art konnte K e r m a u n e r hierfür einen Beweis bringen. Von seinen Kranken der III. Klasse waren unter den Mitgliedern von Krankenkassen, die Arzthilfe leicht haben können, 66,7 v. H. einigermaßen operable Fälle und 20,1 v. H. inoperabel. Während bei Nichtkassenmitgliedern sich nur 57,6 v. H. operable und 31,7 v. H. inoperable Fälle fanden.

Als vierter zahlenmäßig sehr wichtiger Punkt, der unbedingt ausgeschaltet werden muß, ist das unrichtige Verhalten des Arztes zu bezeichnen.

In vielen Fällen ist gar keine ordnungsgemäße Untersuchung durchgeführt worden. Bei Blutungen wird einfach ein blutstillendes Mittel verordnet. Das darf heute nicht mehr vorkommen. Eine Frau wendet sich voll Vertrauen rechtzeitig an ihren Arzt, und durch

sein falsches Verhalten oder seine Unkenntnis wird sie nicht der richtigen Klinikbehandlung zugeführt, sondern verfällt unweigerlich dem Tode. Es ist ein Kunstfehler, wenn eine Frau mit carcinomverdächtigen Symptomen nicht vaginal untersucht wird und verdächtige Befunde nicht einer Klinik zur genauen mikroskopischen Klärung der Diagnose zugewiesen wird.

Der Praktiker kann die kolposkopische Diagnostik in der Sprechstunde nicht ausführen, aber für eine genaue Anamnese, einen Spekulum- und Tastbefund muß er sich die Zeit nehmen. Der Spezialist wird auch noch die Schillersche Jodprobe, die Stichelung, die Sondenprobe, evtl. auch die Probeexcision und Ausschabung machen können.

Nachfolgende Fälle kommen nur allzu oft vor, sie müssen aber in Zukunft weitmöglichst ausgeschaltet werden.

Fall 17.

Die 58jährige Pat. H. L. (Kb. Nr. 1361/38) klagt in den letzten Jahren über Müdigkeit in den Beinen. Sie hat auch an Gewicht abgenommen. Im Sommer 37 hat sie leichte Blutungen, die sich im Sommer 38 wiederholen und allmählich zunehmen. Im August geht sie zum Arzt, der ohne vaginale Untersuchung Tropfen verschreibt. Vor 14 Tagen gingen „dicke Stücke" ab, die stark übelriechend waren. In den letzten Tagen ebenfalls Abgang von Blutkoagula. Seit 3 Wochen hat sie Schmerzen in der rechten Seite und Achsel. Einweisung am 21. 11. 38.

Befund: Ca. colli.

Scheidenrohr vom Eingang an vorn und links starr und höckerig. Portio nicht genau zu tasten. Lig. sacr. ut. beiders. strangartig verdickt, Parametr. links breit infiltriert.

Mikrobefund: nicht verhornender Plattenepithelkrebs.

Therapie: Radium- und Röntgenbestrahlung.

Fall 18.

Seit März hat die 37jährige Pat. H. Sch. (Kb. Nr. 111/39) Rückenschmerzen und Kohabitationsblutungen. Dazu kommt später auch übelriechender Ausfluß, weswegen sie zum Arzt geht, der ihr Tabletten verschreibt. Dann bekam sie auch Zwischenblutungen, die sich am 31. 5. verstärkten mit Abgang von Koagula. Der Arzt weist sie daraufhin ein.

Befund: Ca. colli.

Statt der Portio ein blumenkohlartiger, in Zerfall befindlicher Tumor, der bei Berührung leicht blutet. Fötischer Geruch, Parametr. beiderseits etwas infiltriert. Lig. verdickt.

Mikrobefund: nicht verhornender Plattenepithelkrebs.

Therapie: Diathermieabtragung, Radium- und Röntgenbestrahlung.

Fall 19.

Seit 36 hat die 56jährige Pat. A. W. (Kb. Nr. 1064/39) fast immer geringe Blutungen. Ab und zu ein Tag Pause. Allmählich zunehmendes Druckgefühl im Unterbauch. Im November 38 ging die Pat. erstmalig zum Arzt, weil die Blutungen zunahmen. In Torgau wurde ein „Blutschwamm" der Scheide entfernt. Danach hat sie weiter geringe Blutungen und Zunahme der Schmerzen. Nach Verschlimmerung des Zustandes und Abgang von Blutkoagula geht die Pat. in Dormund zur Aerztin, die von Januar bis März behandelt und dann zum Spezialisten überweist, der die Pat. am 8. 5. zur Aufnahme schickt. Mäßige Gewichtsabnahme.

Befund: Ca. colli.

Statt der Portio kleiner Krater, Parametr. beiders. infiltriert. Lig. sacr. ut. beiders. verdickt.

Mikrobefund: Züge von verhorntem Plattenepithel.

Therapie: Radiumbestrahlung.

Fall 20.

Bei der 42jährigen Pat. H. H. (Kb. Nr. 1540/38) war die letzte normale Periode vor etwa 1½ Jahren. Dann kam sie immer unregelmäßig alle 14 Tage bis 4 Wochen. Sie dauerte oft 8 — 14 Tage. Seit Februar 38 ist die Blutung stärker geworden, und es gehen dicke Blutkoagula ab. Geringe Kotabitationsblutungen, keine Schmerzen. Im Mai geht sie zum Arzt, der Tropfen gegen die Blutung verschreibt. Seit August sind die Blutungen stärker, und es gehen dicke Blutkoagula ab. Am 15. 9. 38 erst wird die Pat. in der Klinik aufgenommen.

Befund: Ca. colli.

Vulva bedeckt mit Blut. Statt der Portio ein blumenkohlartiger Tumor, 5 × 5 cm. Lig. sacr. ut. links strangartig verdickt, verkürzt.

Mikrobefund: nicht verhornender Plattenepithelkrebs.

Therapie: Operation nach Schauta, Radium- und Röntgenbestrahlung.

Fall 21.

Die 44jährige Patientin J. Sch. (Kb. Nr. 225/39) hat seit April 39 regelmäßige, aber weit stärkere Menses. Gleichzeitig ziehende Schmerzen im ganzen Unterleib und bis in den Rücken ausstrahlend. Dauernd Druck nach unten. Die Pat. beobachtet ein Stärkerwerden des Leibes und muß häufig Wasser lassen. Anfang Mai geht sie zum Arzt, der eine Geschwulst im Unterleib feststellt und Heizkissen und Stuhlpräparate verordnet. Da die Beschwerden zunehmen, geht sie Mitte Juni zum Facharzt, der sie am 25. 7. einweist.

Befund: Ovarialtumor.

2 Querfinger unter dem Nabel fühlt man einen mäßig beweglichen, derben, höckerigen, nicht schmerzhaften Tumor. Der Uterus ist umgewandelt in einen derben, überkindskopfgroßen, mäßig beweglichen, stellenweise höckerigen Tumorkomplex, der sich links teilweise intraligamentär entwickelt hat. Im Douglas mehrere kleinknollige, subseröse Knoten.

Mikrobefund: papilläres Adenokystom mit sehr dichten Wucherungen.

Therapie: abdominale Radikaloperation.

Fall 22.

Seit Februar 38 hat die 61jährige Pat. A. W. (Kb. Nr. 1091/39) wieder Blutungen. Etwa alle 21 Tage für einen Tag und Ausfluß. Seit November 38 hat sie dauernd geringe Blutungen. Der Arzt behandelt sie mit Tropfen und Spritzen. Danach erfolgt keine Besserung. Die Blutungen nahmen an Stärke zu, deshalb wurde am 28. 4 eine Curetage gemacht. Danach weiter geringe Blutungen. Aufnahme am 4. 5. 39.

Befund: Corpus-Ca.

Uterus etwa faustgroß, Cervixkanal, klaffend, hintere Muttermundslippe etwas angerauht. Derbe Adnexe.

Mikrobefund: papilläres Adeno-Carcinom.

Therapie: Röntgenbestrahlung.

Fall 23.

Seit November 38 blutet die 42jährige Pat. I. B. (Kb. Nr. 119/39) ab und zu besonders nach Anstrengungen. Von Januar bis März 39 war sie dreimal im Johannis-Hospital wegen Prolaps ani. Dort wurde ihr gesagt, daß die Blutungen mit der Operation zusammenhingen. Ende Mai ging sie deswegen zum Spezialisten, der sie gleich einweist. Gewichtsabnahme 10 kg.

Befund: Ca. im rechten Scheidengewölbe und der rechten Portiohälfte.

Die rechte Hälfte der Portio ist in einen bröckelig zerfallenden Tumor verwandelt, der bei Berührung leicht blutet. Das rechte obere Scheidengewölbe ist ebenfalls ulceriert. Parametr. links etwas verkürzt und verbreitert.

Mikrobefund: nicht verhornender Plattenepithelkrebs.

Therapie: Radikal-Operation nach Wertheim.

Ein recht schwerer Fall, bei dem das Reinlichkeitsgefühl der Pat. und die Behandlung durch den Arzt in ganz unverantwortlicher Weise zutage treten, zeigt sich in folgender Anamnese.

Fall 24.

Am 14. 9. 39 bekam die 67jährige Pat. M. O. bei einer Ueberfahrt von Brasilien eine Fischvergiftung mit starkem Erbrechen. Dabei hatte sie das Gefühl, als ob etwas unten geplatzt wäre. Seitdem geht tropfenweise das Wasser ab. Außerdem bemerkt sie unerträgliches Brennen in der Scheide. Auf dem Schiff wurde sie von einem brasilianischen Arzt auf Blasenkatarrh mit Tropfen behandelt. Dann reiste sie in Holland und Deutschland und kam hier in Dortmund in ein Altersheim. Ein hinzugezogener Arzt behandelt sie mit Salben. Jetzt wird sie auf Drängen ihrer Kinder hierher eingewiesen.

Frau O. ist Farmersfrau mit wenig gepflegtem Aeußeren. Ihre

Urininkontinenz bemerkt sie selbst gar nicht zuerst, sondern ihr Mann macht sie darauf aufmerksam. Ebenso wird sie ihre Carcinom-Symptome (Ausfluß und Blutungen) gar nicht bemerkt haben, die bei einem so weit fortgeschrittenen Stadium bestimmt schon länger vorhanden waren.

Befund: Scheide und Portio sind zu einer grauen, schmierig-bröckeligen Masse eingeschmolzen, der ein penetranter Geruch entströmt. Es besteht eine für eine Fingerkuppe durchgängige Fistel zur Blase.

Therapie: Symptomatisch.

Wenn nun ein Arzt bei seiner Untersuchung Annomalien findet, so muß er seinen Befund auch verwerten können. Er muß sich über die Krebssymptome klar sein, sein Wissen durch Fortbildung ergänzen und bei erkanntem Carcinom die Patienten sogleich einer Klinik zuweisen, wo sie von ihrem Leiden befreit werden können. Daß ein vom Arzt erkanntes Carcinom erst nach Monaten in klinische Behandlung kommt, darf einfach nicht vorkommen.

Fall 25.

Im Mai 38 hat die Pat. (im Alter von 42 Jahren) A. D. (Kb. Nr. 1361/38) eine Zwischenblutung und geht zum Arzt, der ihr Tropfen verschreibt. Im Juni, als wieder eine Zwischblutung auftrat, untersucht der Arzt die Pat. vaginal. Der Arzt hat im Laufe der Zeit dreimal vaginal untersucht. Am 7. 11. erst wird die Pat. eingewiesen. Sie fühlt sich zuletzt recht schwach und glaubt, an Gewicht verloren zu haben.

Befund: Ca. colli.

Die Portio ist ein kolbig derber Tumor.

Therapie: Verschorfung, Radium- und Röntgenbestrahlung.

Fünftens haben wir Fälle, bei denen die Vorstadien schwer zu erkennen sind. Da kann in vielen Fällen das Kolposkop Aufklärung bringen.

Um sechstens auch Fälle erfassen zu können, die überhaupt keine Symptome der ersten Carcinom-Stadien zeigen, muß man die Bevölkerung veranlassen, sich wenigstens in den krebsgefährlichen Jahren regelmäßig untersuchen zu lassen. Die verschiedenen Krankenkassen kommen hierbei den Patienten schon entgegen, indem sie jährliche Untersuchungen zulassen. Reihenpflichtuntersuchungen sind z. Zt. nicht möglich, da die Ansichten über die Zweckmäßigkeit dieses Vorgehens noch recht unterschiedlich beurteilt werden. Oft werden durch Zufall — gelegentlich einer anderen Untersuchung — Befunde gemacht, wie die Anamnesen der Fälle 12 und 13 zeigen.

Die nachfolgenden Fälle geben uns ein Bild, wie das Carcinom schon recht weit fortgeschritten sein kann, wenn die ersten Symptome auftreten.

Fall 26.

Anfang Dezember 38 bemerkt die 56jährige Pat. K. K. (Kb. Nr. 1436/39) erstmalig wieder seit der Menopause einen Blutflecken in der Wäsche. Seitdem nach besonderer Anstrengung erneutes Auftreten von reichlich Blut teils auch von Koagula. Am 27. Dezember sucht sie deswegen einen Arzt auf, der sie gleich einweist.

Befund: Ca. colli.

Blutbeschmiertes Genitale, statt der Portio ein flacher Krater in Größe 4 × 5 cm, bei Berührung leicht blutend. Die Lig. sacr. ut. links strangartig verdickt, Parametr. rechts breit infiltriert.

Mikrobefund: nicht verhornender Plattenepithelkrebs.

Therapie: Radium-Bestrahlung.

Fall 27.

Seit Nov. ist bei der 45jährigen Pat. M. V. (Kb. Nr. 1484/39) die Periode ausgeblieben. Sie gibt an, keinerlei Beschwerden zu haben, keine Blutungen, keinen Ausfluß. Am 24. 1. 39 geht sie zum Arzt, der sie nach der Untersuchung gleich einweist.

Befund: Ca. colli.

Etwas rotgelblicher Fluor, statt der vorderen Muttermundslippe ein etwa walnußgroßer, bei Berührung leicht blutender Tumor. Parametr. rechts wenig verdickt, Lig. sacr. links etwas stramm.

Mikrobefund: nicht verhornender Plattenepithelkrebs.

Therapie: Vorbestrahlung, Operation nach Schauta.

Fall 28.

Seit der Menopause hatte die 66jährige Pat. K. Sch. (Kb. Nr. 1523/39) keine Beschwerden im Unterleib. Am 6. 2. 39 trat Uebelkeit und plötzliche Scheidenblutung auf. Nach einigen Tagen wurde sie vom Kassenarzt zum Spezialisten überwiesen, der die Krankenhausbehandlung veranlaßte.

Befund: Ca. colli.

Vor der Portio ein ringförmig einengendes Scheidenseptum, hintere Muttermundslippe leicht blumenkohlartig verändert, nicht sehr vergrößert. Leichtblutend. Linkes Parametr. verkürzt.

Mikrobefund: nicht verhornendes Plattenepithel-Carcinom.

Therapie: Radiumbestrahlung.

Fall 29.

Seit 15 Tagen fühlt die 67jährige Pat. M. R. heftiges Kneifen beim Wasserlassen, das sehr erschwert ist. Sie hat schon jahrelang geringe Beschwerden und ist mit Tee behandelt worden. Die Beschwerden werden jetzt stärker und der Arzt stellt einen rapid wachsenden Tumor fest.

Befund: Ovarial-Carcinom.

Uterus nicht genau abzugrenzen, Verwachsungen mit einem kindskopfgroßen Tumor, der fast bis in Nabelhöhe reicht. Knotige Verdickungen im rechten Parametr. und Douglas.

Therapie: Operation nach Wertheim.

Fall 30.

Die 61jährige Pat. L. P. (Kb. Nr. 1320/38) war in letzter Zeit, abgesehen von leichten Kopfschmerzen völlig beschwerdefrei. Am 2. Oktober morgens bemerkt sie, daß sich wieder etwas dunkles Blut bei ihr zeigt. Sie sucht schon am 3. Okt. einen Arzt auf, der ein leicht blutendes Geschwür am äußeren Muttermund feststellt und sie zur Ausführung einer Probeexcision ins Johannis-Hospital einweist. Von einer Operation wurde abgesehen wegen des Alters der Pat. und des Zustandes der Hypertonie.

Befund: Ca. colli.

An der vorderen und hinteren Muttermundslippe eine etwa 5-markstückgroße, markige, teils zerklüftete Erosion, die bei Berührung leicht blutet. Linkes Parametr. strangartig verdickt.

Mikrobefund: breite Wucherungen eines nicht verhornenden Plattenepithelkrepses.

Therapie: Radium- und Röntgenbestrahlung.

Fall 31.

Am 20. 7. 39 wurde bei der 56jährigen Pat. A. K. (Kb. Nr. 1200/39) während einer Zuckerbehandlung als zufälliger Befund ein Collum-Ca. festgestellt. Beschwerden hat die Pat. nicht gehabt. Der Befund zeigt an der Portio einen Krater von 44 cm, die Parametr. sind beiderseits bis zur Beckenwand infiltriert.

Mikrobefund: nicht verhornender Plattenepithelkrebs.

Therapie: Radiumbestrahlung.

An Hand des Materials eines Jahres vom 1. 11. 38 bis 1. 11. 39 habe ich nun folgende Zahlenwerte gefunden:

Von den 70 Genitalkrebsfällen, die zum erstenmal in klinischer Behandlung waren, kamen in die Klinik

gleich nach den ersten Symptomen	10 v. H.
1 Monat nach den ersten Symptomen	11 v. H.
2 Monat nach den ersten Symptomen	20 v. H.
3—4 Monat nach den ersten Symptomen	21 v. H.
6 Monat nach den ersten Symptomen	15 v. H.
10 Monat nach den ersten Symptomen	15 v. H.
18 Monat nach den ersten Symptomen	8 v. H.

Operabel waren nur noch 21,5 v. H.

Die Lokalisation war

Collum-Ca.	84 v. H.
Corpus-Ca.	5,7 v. H.
Ovarial-Ca.	7,1 v. H.
Ca. der Vulvae	1,5 v. H.
Ca. der Vagina	1,5 v.H.

Wir sehen daraus, daß gerade in Süd-Westfalen noch sehr viel getan werden muß, um die Carcinomfälle möglichst früh in klinische Behandlung zu bekommen. Verschleppt waren die Fälle aus folgenden Gründen:

Durch eigenes Verschulden	54,0 v.H.
Durch Behandlung von Laien	3,0 v.H.
Aus pekuniären Schwierigkeiten	1,5 v.H.
Durch falsches Verhalten des Arztes . . .	27,2 v.H.
Wegen schwer erkennbarer Carcinom-Vorstadien und Symptomlosigkeit der ersten Ca.-Erscheinungen	17,0 v.H.

Aehnliche Statistiken bringt Winter aus Ostpreußen für die Jahre 1911—1920, wonach die Schuld an der Verschleppung der inoperablen Carcinome in 21,5 v.H. den Aerzten, 3,4 v.H. Hebammen und 0,6 v.H. Kurpfuschern und 74,5 v.H. der Unkenntnis, Unachtsamkeit und dem Stumpfsinn der Frauen zuzuschreiben ist.

An der Kölner Frauenklinik wurde von Liepelt festgestellt, daß — bei einem Krankengut von 345 Collum-Carcinomen — bei 83 Frauen nach dem ersten Arztbesuch eine sofortige sachgemäße Carcinom-

behandlung nicht begonnen hat, sondern daß bis zu deren Einleitung mehrere Monate, in 18 Fällen sogar mehr als ½ Jahr, vergingen.

Hachmeister konnte feststellen, daß über 10 v.H. der Carcinome der Frauenklinik Rostock ohne gynäkologische Untersuchung zunächst 4 Wochen konservativ behandelt wurden.

Nach Redenz Angaben wurden die Carcinome in 26,0 v.H. der Fälle durch ärztliche Schuld verschleppt.

V. Mikulicz-Radecki errechnete, daß 30,4 v.H. der insgesamt verschleppten Fälle zulange unsachgemäß behandelt worden sind.

von Françué in Bonn fand 1931 21,6 v.H. der inoperablen Carcinomfälle durch Aerzte verschleppt.

Winter in Königsberg fand 21,5 v.H.

Esch bringt aus der Universitätsklinik in Münster folgende Aufstellungen über das Kollumcarcinom für die Jahre 1925—38.

„Wann erfolgte nach Auftreten der ersten Symptome der erste Arztgang?"

Monat	1.	2.—3.	4.—6.	später
v.H.	29,5	24,4	23,8	22,3

„Wann wurde die Diagnose nach dem ersten Arztgang gestellt?"

Monat	1.	2.—3.	4.—6.	später
v.H.	80,6	3,9	5,5	10,0

„Wann kamen die Kranken nach dem ersten Arztgang in sachgemäße Behandlung?"

Monat	1.	2.—3.	4.—6.	später
v.H.	66,2	15,5	7,9	10,4

Ueber die 1930 einsetzende Krebsbekämpfung in der Provinz Westfalen und ihre Erfolge bringt er folgende Aufstellungen:

„Wann erfolgte nach Auftreten der ersten Erscheinungen der erste Arztgang?“

Monat	1.	2.—3.	4.—6.	später	
vor Einsetzen der Krebsbekämpfung	19,9	21,4	27,4	23,6	v.H.
nach Einsetzen der Krebsbekämpfung	32,8	22,6	22,6	22,0	v.H.

„Wann wurde die Diagnose nach dem ersten Arztgang gestellt?“

Monat	1.	2.—3.	4.—6.	später	
vor Einsetzen der Krebsbekämpfung	85,5	8,8	3,9	1,8	v.H.
nach Einsetzen der Krebsbekämpfung	79,0	4,4	4,0	12,6	v.H.

Zusammenfassend möchte ich also sagen, daß das weibliche Genitalcarcinom im allgemeinen zu spät diagnostiziert wird. Von 70 Fällen, die während eines Jahres in die Frauenklinik der Städtischen Krankenanstalten zu Dortmund eingeliefert wurden, kamen in die Klinik:

gleich nach den ersten Symptomen	10 v.H.
einen Monat nach den ersten Symptomen	11 v.H.
3 Monate nach den ersten Symptomen	20 v.H.
3—4 Monate nach den ersten Symptomen	21 v.H.
6 Monate nach den ersten Symptomen	15 v.H.
10 Monate nach den ersten Symptomen	15 v.H.
18 Monate nach den ersten Symptomen	8 v.H.

Es konnten nur noch 21,5 v.H. operiert werden. Verschleppt waren die Fälle aus folgenden Gründen:

1. Durch eigenes Verschulden	54,0 v.H.
2. Durch Behandlung von Laien	3,0 v.H.
3. Aus pekuniären Schwierigkeiten . . .	1,5 v.H.
4. Durch falsches Verhalten des Arztes . .	27,2 v.H.
5. Wegen schwer erkennbarer Carcinom-Vorstadien und Symptomlosigkeit der ersten Ca.-Erscheinungen	17,0 v.H.

Wie die Statistik zeigt, sind diese Zahlen in Süd-Westfalen im Vergleich zu anderen ähnlichen Aufstellungen anderer Kliniken besonders hoch. Es ist daher die Aufgabe der Aerzteschaft, eine möglichst frühe Diagnosestellung zu ermöglichen, um frühzeitig eine Krankenhausbehandlung einleiten zu können.

Aufklärung und Krebspropaganda müssen in erhöhtem Maße unter Frauen und Pflegepersonal betrieben werden. Den Kurpfuschern und Heilpraktikern muß noch strenger die Behandlung von Unterleibsleiden untersagt werden. Den Minderbemittelten ist beschleunigt größtmöglichste geldliche Unterstützung zuzubilligen.

Besonders bedauernswert muß uns die hohe Zahl der durch ärztliche Schuld verschleppten Fälle erscheinen. Durch Schulung und Schrifttum können auch hier die Frühsymptome und Untersuchungsmethoden zum Allgemeingut aller Aerzte werden.

Die Torheit und Gleichgültigkeit der Frauen selbst und die anderen schwerer abzustellenden Punkte fordern auf diesem Gebiete schon Opfer genug. Daher muß es Aufgabe derjenigen Aerzte sein, denen die Diagnose und Therapie geläufiger ist, in ärztlichen Fortbildungskursen belehrend, beratend und erziehend zu wirken.

Den Herren Professoren Heim, Fauvet und Stickel sage ich abschließend für die Ueberlassung des Themas sowie für das stets bekundete Interesse am Fortschreiten der Arbeit meinen ergebensten Dank.

Literatur.

1. Dolff, O.: Zentralbl. f. Gyn. 1936, Nr. 25.
2. Dyroff, Rud.: Die Operation mit schneidender Elektrizität. Zentrbl. f. Gyn. 1930, Nr. 47.
3. Esch: Zentrbl. f. Gyn. 1936, Nr. 11a.
4. Esch: Strahlentherapie. 1939, Nr. 66, 3.
5. v. Franqué: Leukoplakie und Carcinoma uteri et vaginae Z. Geb. 60.
6. v. Franqué: Die Frühdiagnose der Genitalkrebse der Frau. Med. Klinik, Jhg. 31, Nr. 14.
7. v. Franqué: Frühstadien des Uteruskarzinoms. Zentrbl. f. Gyn. 1921, Nr. 37.
8. Guggisberg: Zur Probeausschabung. Arch. Gyn. 132.
9. Hinselmann: Singuläre karzinomatöse Scheidenleukoplacien. Z. Geb. 60.
10. Hinselmann: Die Diagnose des Uteruskarzinoms. Kl. W. 1930, Nr. 32.
11. v. Jaschke: Lehrbuch der Gynäkologie.
12. Kaiser: Zur Früherfassung des Portiokarzinoms durch den praktischen Arzt. M. m. W. 1931, Nr. 5.
13. Martius: Die gynäkologischen Operationen.
14. v. Mikulicz-Radecki: Die Behandlung des Kollumkarzinoms an der Königsberger Universitätsfrauenklinik in den Jahren 1910—1937.
15. v. Mikulicz-Radecki: Gynäkologen-Kongreß 1933.
16. Stöckel: Lenhrbuch der Gynäkologie.
17. Schiller: Ueber die Frühstadien des Portiokarzinoms und ihre Diagnose. Arch. Gyn. 133.
18. Schröder, Kiel: Die Mitarbeit der Krankenkassen im Kampfe gegen den Krebs.
19. Schröder, Kiel: Die Krebsfürsorgebestimmungen in Schleswig-Holstein.
20. Schröder, Kiel: Krebsbehandlung und Krebsbekämpfung in der Gynäkologie.
21. Ue: Von der Krebsbekämpfung in Frankreich. Monatsschrift für Krebsbekämpfung. 1934, Nr. 8.
22. Schmidt, H. R.: Wiederholte Karzinomentwicklung auf leukoplastischer Grundlage. Z. Gyn. 1921, Nr. 83.
23. Siebke: Krebsabwehr.
24. Winter: Zunehmende Operabilität der Uteruskrebse. Zentrbl. f. Gyn. 1921, Nr. 48.
25. Zweifel: Bedeutung der Frühsymptome beim Uteruskarzinom. Zentrbl. f. Gyn. 1921, Nr. 32.

Lebenslauf.

Am 17. Februar 1914 wurde ich, Rudolf Hermann, als Sohn des Apothekenbesitzers Friedrich Hermann in Dortmund geboren. Die Volksschule besuchte ich in Dortmund von Ostern 1920—1924 und kam dann auf das humanistische Städtische Gymnasium, wo ich Ostern 1935 das Reifezeugnis erhielt. Anschließend diente ich als Fahnenjunker (im San.-Korps) bei der Infanterie. Zum Wintersemester 1935/36 wurde ich zur Militärärztlichen Akademie versetzt und studierte in Berlin, wo ich im Februar 1938 die ärztliche Vorprüfung bestand. Im Sommersemester 1938 studierte ich in Kiel, im Wintersemester 1938/39 in München. Dann ging ich zum Studium wieder nach Berlin zurück. Im Winter 1939/40 war ich zu einem Kriegslazarett im Westen kommandiert. Am 24. 7. 1940 habe ich das Staatsexamen an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin bestanden.